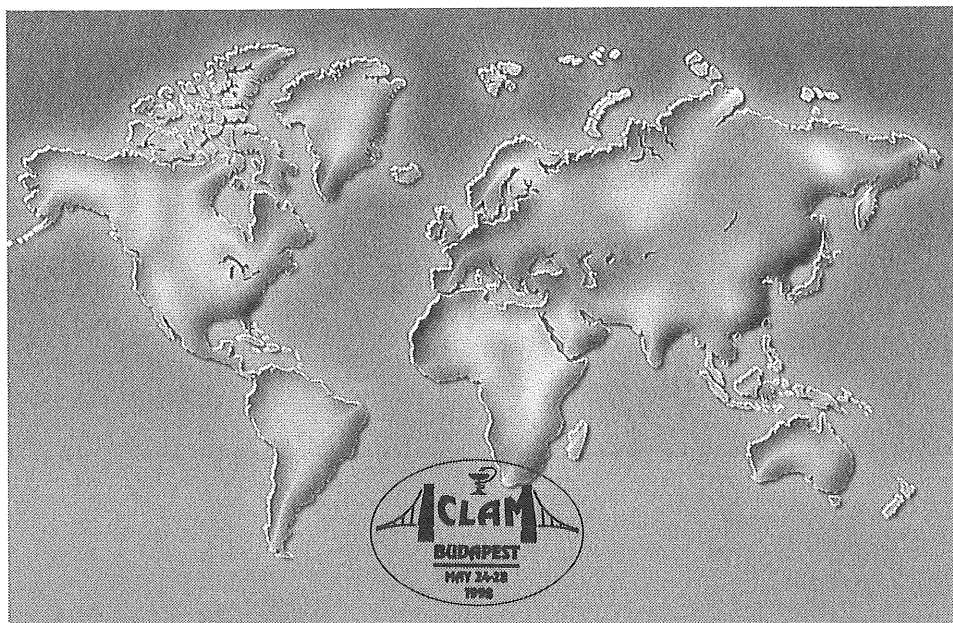


Congreso Internacional de Medicina del Seguro de Vida

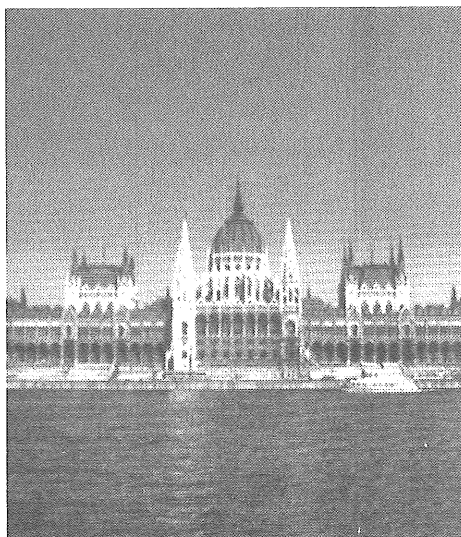
Recientemente se celebró en Budapest el 19º Congreso Internacional de Medicina del Seguro de Vida (International Congress of Life Assurance Medicine - ICLAM). Esta reunión de los mejores especialistas de todo el mundo en el estudio de la selección y tarificación de riesgos se lleva a cabo cada 3 o 4 años y tiene como finalidad el intercambio de experiencias y la presentación de los más recientes avances en este campo.

A este importante foro acuden profesionales de numerosos países; a título de ejemplo, entre un total de unos 700 asistentes, podemos citar 42 participantes de Alemania, 42 del Reino Unido, 27 de Suiza o 26 de Francia, pero también delegaciones de países más lejanos, como Hong-Kong, Sudáfrica, Australia, Venezuela... Por parte de España, y como viene siendo habitual en las últimas ediciones a pesar del enorme interés del Congreso, únicamente NACIONAL DE REASEGUROS contó con una representación de su servicio médico.

En esta ocasión, **Manuel Cid Martínez**, médico asesor de NACIONAL DE REASEGUROS, expuso además un interesante trabajo sobre la cirugía de cardiopatías congénitas y el riesgo de sobrevivencia de los pacientes sometidos a esta técnica. En este número especial de SELECCIÓN VIDA, incluimos una referencia extractada de la citada presentación. Para los lectores que lo deseen, nuestro Departamento de Ramos Personales pone a su disposición el texto íntegro de la ponencia.



El Congreso constó de 10 sesiones de trabajo, en las que se abordaron alrededor de 30 temas diferentes. Repasaremos a continuación aquellos que suscitaron un mayor interés a lo largo del programa desarrollado.



Enfermedades Congénitas Cardíacas (Dr. Cid, España)

Estamos ante uno de los ejemplos típicos de un grupo de grandes beneficiados de las avances en las técnicas quirúrgicas y de diagnóstico. Años atrás, la mayoría de estos sujetos morían de forma prematura por diferentes causas; hoy, un significativo porcentaje se ve capacitado para llevar una vida normal.

En este tipo de patología, las preguntas fundamentales en relación con la medicina del seguro de vida son:

-¿Cómo se puede evaluar el grado de éxito de la operación de cirugía y cómo

determinar si quedan secuelas tras la misma?

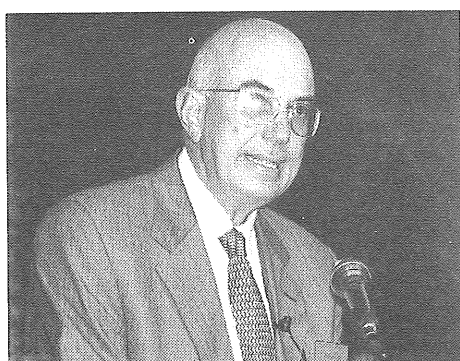
-¿Cuál es el grupo que representa los mejores resultados de entre los operados de enfermedades cardíacas congénitas?

Basándonos en la experiencia de los últimos años, podemos afirmar que aún hay mucho por conseguir en este campo. Salvo en casos muy concretos, los resultados de la cirugía no son enteramente satisfactorios y al llevarla a cabo se pueden originar daños estructurales, eléctricos o musculares que condicionan el pronóstico a largo plazo.

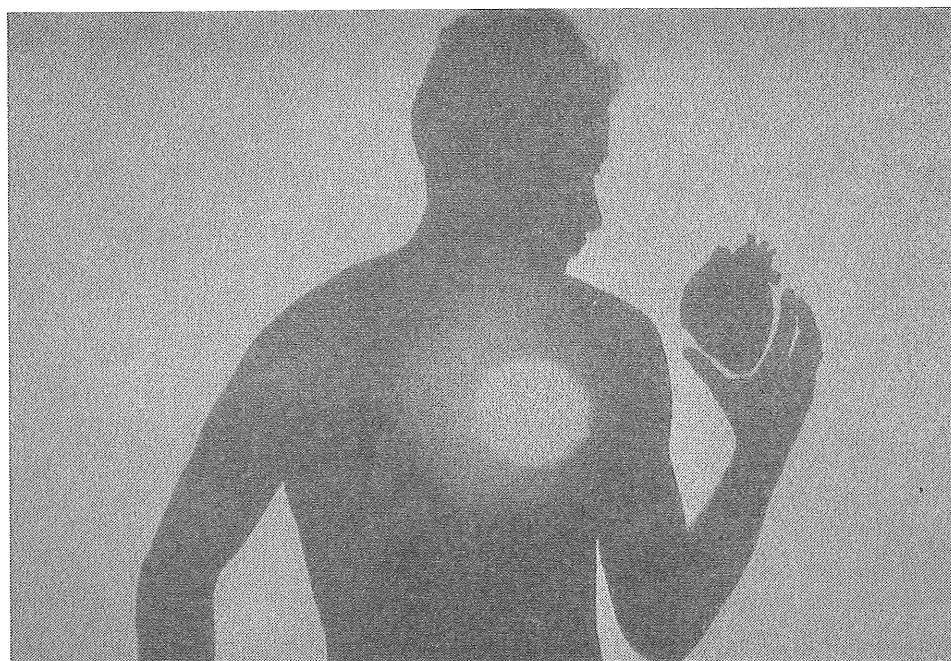
Cuando nos enfrentamos a una solicitud de seguro de vida de una persona operada de alguna enfermedad cardíaca congénita, tenemos que mantener la referencia de la mortalidad general para la patología en concreto, pero también atender a los resultados de estudiar con detalle las especificidades de ese caso individual.

A modo orientativo, reflexionamos sobre la experiencia de mortalidad en el año siguiente a la cirugía; contamos con el siguiente cuadro que nos muestra cifras de España para el año 1.994:

TIPO DE CIRUGÍA	Nº DE PACIENTES	MORTALIDAD 1º AÑO
Defecto Septal Interauricular	530	0,6%
Defecto Septal Interventricular	180	7,1%
Tetralogía de Fallot	135	8,4%
Trasposición de los grandes vasos	94	22%
Canal Aurículo-Ventricular	75	14,8%
Estenosis Aórtica	69	4,4%
Transplante Cardiológico	293	14,3%



Dr. Cid Martínez



En general es aceptado entre los especialistas que una vez corregida mediante cirugía la anomalía cardíaca congénita y superado el período postoperatorio, el pronóstico de esperanza de vida es normal o muy próximo al normal. Según datos publicados por el Journal of Insurance Medicine, basados en un seguimiento de 25 años a partir de la cirugía, nos encontramos con los siguientes datos para dos de las patologías más comunes:

TIPO DE CIRUGÍA	MORTALIDAD TRAS 25 AÑOS (Mortalidad población general = 100%)
Defecto Septal Interauricular	275%
Coartación de Aorta	380%

Vemos que la mortalidad se ha visto incrementada de forma muy significativa, aunque, con los conocimientos actuales, se debe reconocer que en el grupo observado, sometido a cirugía hace varias décadas, las operaciones quirúrgicas se realizaron sobrepasando en muchos casos el período ideal para llevarlas a cabo. También influyen de manera notable en estos datos las posibles complicaciones asociadas que agravan el riesgo debido exclusivamente a la dolencia cardíaca.

En todo caso, conviene establecer criterios para conocer el riesgo a escala individual de acuerdo con el tipo de cardiopatía y evitar así el peligro de una enfermedad pulmonar hipertensiva u otras anomalías funcionales de mayor

importancia. A este respecto, y para finalizar, conviene detenernos un momento en las características de las 8 situaciones que con mayor frecuencia se presentan en la práctica diaria.

DUCTUS ARTERIOSUS.- La operación, para considerarse verdaderamente correctora, se debería haber realizado antes de los 15 años de edad.

DEFECTO SEPTAL INTERAURICULAR.- Se debe haber corregido antes de los 25 años de edad y nos debemos asegurar de la ausencia de fibrilación auricular

DEFECTO SEPTAL INTERVENTRICULAR.- Es muy común (en el 50% de los casos) la asociación a otros defectos que deben ser investigados.

COARTACIÓN DE AORTA.- Es importante descartar la presencia de una válvula bicúspide y registrar cuidadosamente la tensión arterial, que puede haber quedado elevada a pesar de una adecuada corrección quirúrgica.

ESTENOSIS PULMONAR.- Importante el contar con la cifra del gradiente transpulmonar. Por debajo de 50 mm de mercurio el riesgo no está básicamente aumentado.

ESTENOSIS AÓRTICA.- La calcificación es progresiva con el paso del tiempo y empeora el pronóstico.

TETRALOGIA DE FALLOT.- Si el paciente presenta cianosis en cualquier grado, no puede ser objeto de seguro. Con poco o ningún gradiente, el pronóstico mejora.

TRANSPOSICIÓN CORREGIDA DE LOS GRANDES VASOS.- Aunque el aspecto sea normal, el ventrículo izquierdo y la válvula mitral, que son los que soportan el mayor esfuerzo de la carga sistémica, tienen la estructura débil de un ventrículo derecho, y de ahí que sea necesario tener en cuenta que cualquier grado de hipertensión arterial supone una sobrecarga importante y ensombrecedora del riesgo vital.

Retorno al trabajo tras el infarto de miocardio (Dr. Waich, Venezuela)

Se confirma la disminución de la mortalidad por enfermedad coronaria de forma mucho más clara que el descenso de su incidencia global. En otras palabras, si comparamos con lo que ocurría hace pocos años, aunque sigue habiendo un gran número de infartos, al menos en Occidente, estos causan un menor número de muertes.

El comportamiento del infartado es extraordinariamente variable de una sociedad a otra, influyendo en ello, como podemos intuir, factores sociológicos y ambientales, tipo de compensación por parte de la seguridad social...

Como botón de muestra de lo anterior, bastan los siguientes números:

Porcentaje de infartados que retornan al trabajo	
Japón	92%
Alemania	85%
U.S.A.	82%
Reino Unido	70%
Francia	65%
España	45%

Uno de los factores que más influye, tanto en la mortalidad como en el regreso al trabajo, es la recuperación funcional, expresada en la fracción de eyección ventricular. Una fracción de



eyección igual o inferior al 30% indica, en general, una situación mala desde todos los puntos de vista.

También está probado que una ergometría negativa y bien tolerada es un factor de gran importancia a la hora de valorar el pronóstico general y la capacidad de integración en el trabajo.

Hepatitis C (Dr. Von Overbeck, Suiza)

Esta entidad clínica supone un desafío para el tarificador, dado el pequeño nivel de conocimientos ciertos que en este momento poseemos.

En la sesión de trabajo dedicada a esta patología se hace una revisión exhaustiva de 266 artículos y se sacan las siguientes conclusiones.

- La prevalencia es muy variable de zona a zona, apreciándose tasas altas en Tailandia (5,6% de la población) y tasas mucho más bajas, tales como las observadas en Hong Kong (0,5%) o Singapur (0,54%)

- La transmisión del virus se realiza por la contaminación de sangre y productos sanguíneos, fundamentalmente. No se ha llegado a un con-

senso sobre la importancia relativa de la transmisión sexual, del contacto en el ámbito familiar o de la transmisión madre-hijo. Parece que la vía sexual tiene una importancia relativa menor que la que adquiere en la transmisión del virus HIV.

En el "sentinel counties study de 1990-93" se señalan los siguientes porcentajes entre las casusas de transmisión:

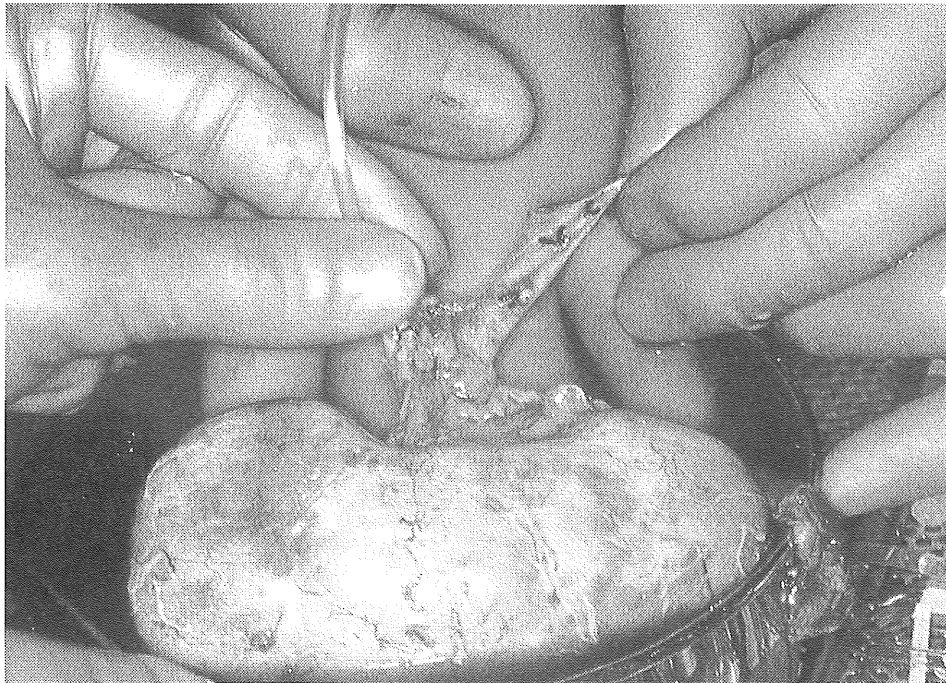
Transfusiones:	4 %
Drogas I.V.:	38 %
Hemodiálisis:	1 %
Riesgo ocupacional:	2 %
Trasm. sexual y contacto familiar:	10 %

Es reseñable que el 44% de los casos corresponde a pacientes de bajo nivel socioeconómico.

- La detección se hace en fase aguda, con síntomas manifiestos, en el 10% de los casos y de forma fortuita, al realizar una revisión analítica, en el 90% de los casos.

- En la evolución hay muchos estudios a considerar. En una valoración con seguimiento durante 18 años se observó:

• Recuperación completa:	39,7 %
• Estado de portador:	2,8 %
• Evolución hacia hepatitis crónica:	57,3 %



Esta claro que hay un alto índice de cronificación, pero la valoración o seguimiento de las enzimas hepáticas (ALT) ayuda a determinar el grupo de sujetos sin alteraciones mayores. Es conveniente contar con varios resultados en fechas diferentes, dada la variación que se puede apreciar en muchos casos en el tiempo. Los resultados de evolución y pronóstico son en la actualidad muy dispares.

Trasplantes cardiacos (Dr. Cabrol, Francia)

Hoy por hoy, un trasplantado cardiaco difícilmente puede ser contemplado como un candidato para un seguro de vida. Sin embargo y merced a los continuos avances en el conocimiento del sistema inmune, la mejoría de la técnica y, en conjunto, la mejoría de la supervivencia, será posible en el futuro la incorporación a la cartera de las aseguradoras de una serie de individuos con un corazón transplantado.

De momento, debemos recordar que en el primer año tras el trasplante se produce una mortalidad del 20 al 22%. A partir del primer año, la mortalidad es del 2 al 3% del grupo residual y la supervivencia media del trasplantado que ha superado el pri-

mer año tras la operación es de unos 11 años.

El donante ideal debe ser una persona entre 20 y 55 años. Un corazón con menos de 15 años o con más de 60 presenta un exceso de problemas, de rechazo o de malfunción. Resulta curioso que para los que sobreviven 10 años a su trasplante, la enfermedad más común o el mayor problema es el mismo que el de los no transplantados: la enfermedad coronaria.

Hipertrofia ventricular izquierda (Dr. Iacovino, E.E.U.U.)

Al margen de los factores de riesgo más conocidos -el tabaco, la hipertensión, el sobrepeso, la elevación del colesterol...- un corazón con exceso de masa muscular, un "corazón engrosado" en la ecocardiografía, es de por sí, de forma independiente, un factor de riesgo importante.

No sabemos si en el origen de la hipertrofia cardiaca está tan sólo la hipertensión o si es precisamente la hipertrofia la causa de la hipertensión actual. Probablemente se trate de un mecanismo dual donde se involucra un

factor de compensación o de adaptación constante. Más tensión implica más hipertrofia y más hipertrofia más tensión arterial.

Aunque la hipertrofia cardiaca se puede observar por otros métodos, el único fiable es la ecocardiografía.

Tiene relación con el grado y la duración de la hipertensión arterial, de forma que en la hipertensión moderada se produce hipertrofia en el 20% de los sujetos, mientras que esta proporción se eleva al 50% si la hipertensión observada es severa..

Cuando vemos un corazón hipertrofiado debemos recordar que el sujeto tiene un riesgo de enfermedad coronaria 8 veces superior al considerado normal, 6 veces más alto de fallo cardiaco y triple de padecer accidentes cerebrovasculares.

Hipertensión de bata blanca (Dr. Zeman, República Checa)

Un fenómeno muy conocido es el del cliente que en su reconocimiento médico para un seguro de vida resulta presentar hipertensión. En ocasiones se trata, en efecto, de una reacción de estrés o estado de nerviosismo, pero muchas veces permanece la sospecha de que estamos ante un hipertenso, a pesar de asegurar el cliente haber tenido repetidas tomas de tensión con valores normales.

El ponente presentó un trabajo donde se sigue a estos enfermos con



prueba de esfuerzo del tipo de la cicloergometría y también con un Holter de presión (toma de tensión repetida, de forma constante a lo largo de 24 horas).

Se observa que el 60% con tensiones altas de inicio tenía respuestas hipertensivas en la cicloergometría (tensión > 200/100) y que, de estos, el 70% eran claramente hipertensos según el Holter de presión.

En conclusión, la hipertensión en un sujeto que dice no conocerse hipertenso debe verificarse mediante tomas de tensiones durante el esfuerzo. De presentar respuesta hipertensiva, podemos considerar "un probable estado hipertenso". El Holter de presión, hoy por hoy, está fuera de nuestro alcance.

Arritmias

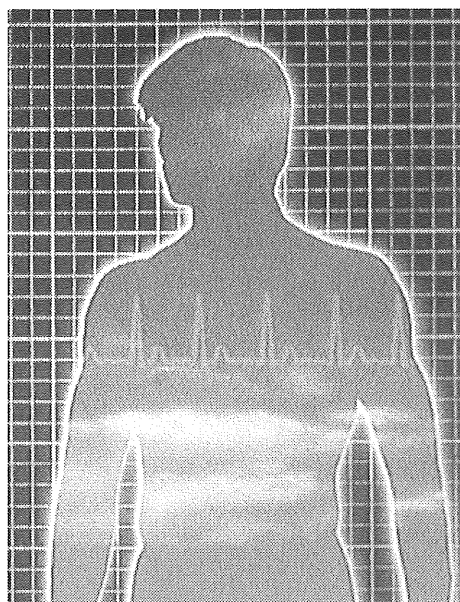
(Dr. Chouty, Francia)

El pronóstico de la arritmia es realmente el de la enfermedad de base que la provoca. La arritmia debe ser considerada como "un marcador o indicador de un problema primario".

Si se consigue descartar un problema coronario o una alteración estructural miocárdica -miocardiopatía- las arritmias, en general, no tienen mayor significado.

Como puntos asociados al anterior se insiste en la posibilidad de muerte súbita, por embolismo, en los pacientes con fibrilación auricular. También se observan casos de muerte súbita en el síndrome de Wolff-Parkinson-White (existencia de varios puentes musculares accesorios para la transmisión de los impulsos de las aurículas a los ventrículos).

Los pacientes que presenten un bloqueo aurículo-ventricular de primer grado y además bloqueo de rama derecha y hemibloqueo anterior izquierdo no se deben considerar como candidatos para un seguro.



Enfermedad arterial periférica

(Dr. Chouty, Francia)

A medida que los seguros se van ampliando a edades más avanzadas, veremos más casos de enfermos con problemas de las arterias en las extremidades inferiores. A este respecto resultan interesantes:

- Los factores de riesgo controlados; en especial, el control de la tensión ar-

terial, el tabaquismo y las cifras de lípidos en sangre tienen una importancia primordial, mayor que en otros tipos de alteraciones.

- En estos sujetos la muerte por enfermedad coronaria es 6 veces más frecuente que la que presenta la población general.

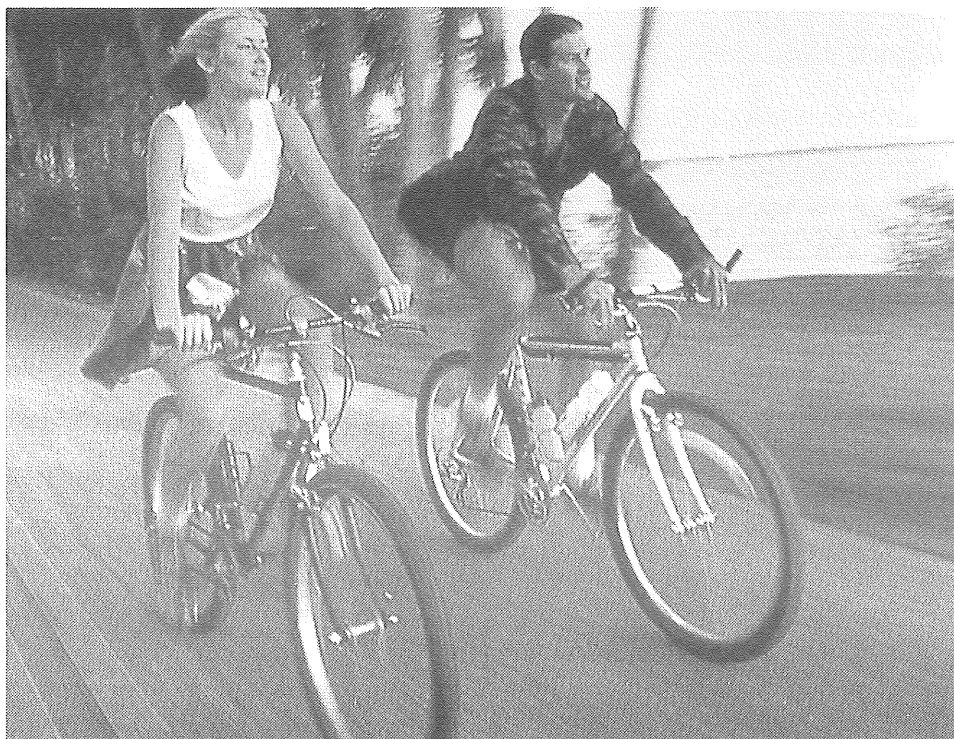
- Está demostrado que el ejercicio físico hasta el límite de tolerancia, la pentoxifilina y los antiagregantes plaquetarios son eficaces y mejoran el estado general y la supervivencia.

- En los estados avanzados, cuando no es posible la cirugía, se puede recurrir a la prostaglandina y derivados. En cualquier caso, tras la cirugía se debe mantener al operado con una anticoagulación bien controlada.

Sida

(Dr. Pokorski, E.E.U.U.)

El SIDA se compara hoy con una locomotora que avanza por una vía que termina en un precipicio. Desde este punto de vista terapéutico, se trata de alargar la distancia que tiene que recorrer esa máquina hasta la llegada al



punto fatal de despenamiento y, por otro lado, aminorar la velocidad.

Vemos que la carga viral representa la velocidad y si, por ejemplo, esa carga es superior a 100.000 copias por mm cúbico hablamos de gran velocidad, mientras que si con la terapia asociada se consigue disminuir por debajo de las 1.000 copias hablamos de pequeña velocidad.

Por otro lado, el número de linfocitos CD4, protectores de la inmunidad, representan la longitud de la vía, que también se puede prolongar con la terapia triple y en especial con la asociación de los inhibidores de la proteasa.

Conocido y aceptado lo anterior nos debemos hacer dos consideraciones:

1.- Se puede llegar a establecer un "estadiaje" o una valoración del grado de contaminación y defensa, algo parecido a lo que se realiza en el caso de muchos cánceres. De esta forma, con las prevenciones debidas, se podría llegar en un futuro a asegurar los casos de personas con el virus en la sangre. Se consideraría el estado sanguíneo-inmunitario, plazo de cobertura, capital.....

2.- La medicación es cara y, por desgracia, sólo puede ser adquirida por el 10% de la población que la necesita.

Marcadores tumorales (Dr. Makino, Japón)

Hay multitud de marcadores para la detección temprana de tumores, pero el problema que nos encontramos con este tipo de análisis es la falta de sensibilidad y especificidad. Se establecen límites, pero ocurre que si queremos que el límite de positividad sea siempre indicador de la presencia de un tumor, la prueba no será válida para muchos casos con elevaciones ligeras (poca especificidad). Si, por el contrario, el límite de positividad se fija en niveles bajos, ocurrirá que se escaparan menos



casos con el tumor presente en fase inicial, pero se producirán diagnósticos de tumoración en casos de personas sanas (poca sensibilidad).

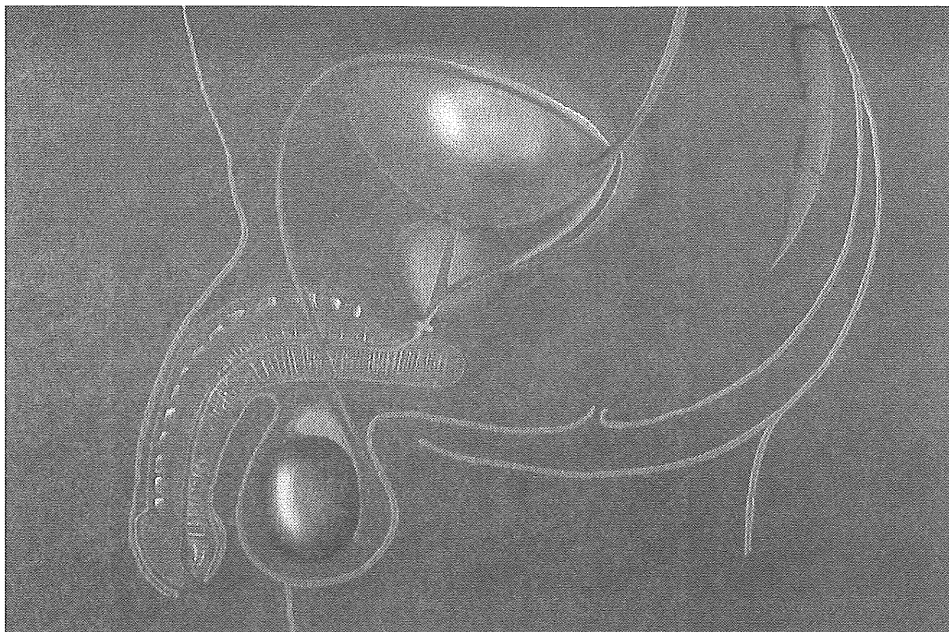
En Japón, con alto índice de tumores digestivos, se comprueba que el estudio de la CEA (Antígeno Carcino-Embrionario) es "rentable clínicamente", si se consideran el precio de la prueba y el número de casos detectados. En Occidente es probable que si nos referimos a varones por encima de los 50 años, el PSA (Antígeno Prostático Específico) también sea rentable. La valoración de otros muchos marcadores requiere tiempo de contraste y consideraciones epidemiológicas de afectación regional y según grupos de edad.

Tumor de próstata (Dr. Sauter, Suiza)

La próstata es el lugar donde se producen tumores malignos con mayor frecuencia en el varón adulto. Sin embargo, conviene decir inmediatamente que este tipo de tumores son compatibles con estados asintomáticos muy prolongados y supervivencias, una vez realizado el diagnóstico, también muy prolongadas.

La prueba de la PSA y sus resultados puede suponer estado de estrés frecuentemente innecesario.

La posición de los responsables de aplicar medidas terapéuticas no está



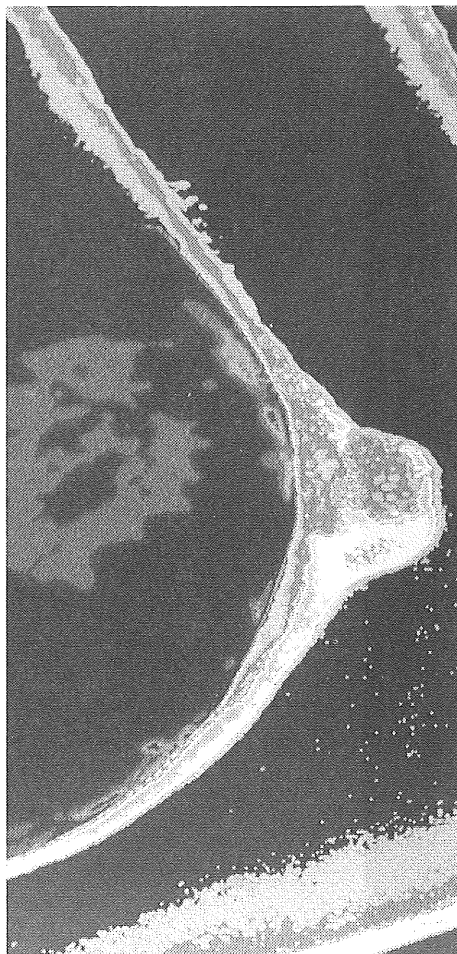
clara en la actualidad y, por ello, se debe integrar al propio paciente después de una información cuidadosa, en la decisión a tomar. Se tiene en cuenta fundamentalmente que la operación radical supone impotencia completa en más del 80% de los pacientes. La radioterapia consigue buenos resultados a medio plazo, con conservación relativa de la potencia sexual. La hormonoterapia, incluyendo la ablación testicular, es una forma de tratamiento con mala calidad de vida y a menudo rechazada. Se reserva a los casos de enfermedad avanzada, con metástasis. La quimioterapia con carboplatino, en general, no tiene resultados aceptables.

Tumor mamario (Dr. Rubens, Reino Unido)

Sigue siendo el tumor más frecuente en la mujer, de forma que, a lo largo de sus vidas, una de cada 12 lo padece.

Ha habido una gran polémica sobre si la enfermedad inflamatoria benigna o la presencia de fibro-poliquistosis tiene efecto protector o precipitante de formación de enfermedad cancerosa. Hoy parece claro que, en grado leve, predispone a la enfermedad maligna.

Otro concepto que se va aclarando es que el tratamiento con quimioterápi-



cos es útil y reduce la mortalidad en las mujeres con afectación ganglionar o en las no afectadas a este nivel.

El tamoxifen, empleado hoy en día de forma muy común, es más eficaz cuando contamos con la presencia de receptores estrogénicos.

Trasplante de médula ósea en la enfermedad maligna

(Dr. Ljungman, Suecia)

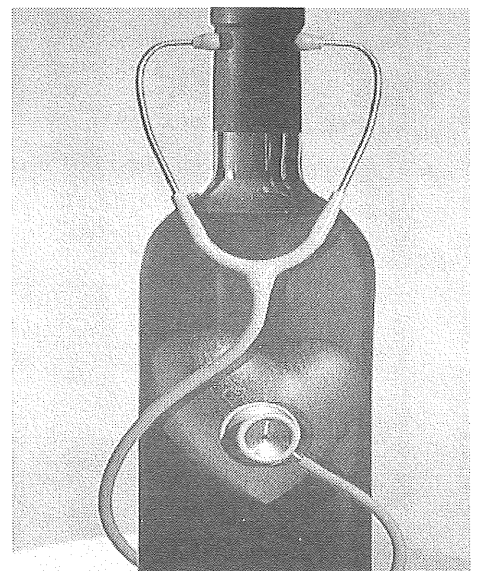
Este tipo de trasplante es útil en múltiples tipos de leucemia. La aplicación como coadyuvante de tratamiento en tumores sólidos no está probado que sea de utilidad, especialmente si se considera la gran cantidad de problemas secundarios (enfermedad trasplante-huésped, efectos de los esteroides, estimulación de tumores secundarios, cataratas, infertilidad...)

Alcohol y daño hepático (Dr. Fehér y Dr. Lengyel, Hungría)

El alcohol es un importante factor de producción de enfermedad hepática a escala general. Se estima que en Hungría, sede del Congreso, más del 50% de las alteraciones hepáticas se deben directamente al abuso de derivados alcohólicos.

La detección se realiza con las clásicas transaminasas, GGT, nivel de proteína sérica, nivel de Ig A y tiempo de protrombina.

Un hígado graso en la ecografía abdominal no tiene mayor valor pronóstico.



Ponencias presentadas

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	CÁNCER
- Pronóstico en el asma agudo - Riesgo de tabaquismo y suscripción - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	- Pronóstico en el tumor mamario - Cánceres de colon y recto - Pronóstico a largo plazo tras el trasplante de médula ósea - Avances en el tratamiento del cáncer prostático - El riesgo de recidiva tras el tratamiento de un cáncer - Prevención del cáncer mediante cambios en el estilo de vida
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	INVALIDEZ
- Transplante de corazón y expectativa de vida - Modelos de morbilidad y mortalidad por enfermedad coronaria - Hipertrofia ventricular izquierda - Hipertensión de bata blanca y seguro - Arritmias y suscripción - Pronóstico a largo plazo tras cirugía de cardiopatías congénitas	- Rehabilitación tras tratamiento oncológico - Retorno al trabajo tras el infarto
ACTUALIDAD	GASTROENTEROLOGÍA
- SIDA - Papel de los test genéticos en la medicina del seguro - Factores pronósticos en la demencia	- Factores pronósticos en enfermedades alcohólico-hepáticas crónicas - Enfermedades infecciosas en gastroenterología
PREVENCIÓN	METODOLOGÍA
- Importancia creciente de la utilización de marcadores tumorales - Prevención cardiológica y evaluación del riesgo - Suscripción ante enfermedades graves	- El papel de Internet en la medicina del seguro - Causas de muerte en el seguro de vida; comparativa con la población general